	FORMULAIRE	C2-F15
	Fiche de renseignements cliniques : recueil	
	d'urines pour recherche de Chlamydiae et	
	<u>Mycoplasmes</u>	
	Version 5	Date d'application : 2017-12-04
		Page 1 sur 1

① Ouvrir le flacon au dernier moment et ne pas toucher l'intérieur.

Le recueil doit être réalisé **sur les premières urines du matin** ou **après au moins 2 heures sans avoir uriné, idéalement en dehors de tout saignement.**

~ Recueillir **le 1^{er} jet d'urines** dans le flacon stérile fourni par le laboratoire et le refermer soigneusement (au minimum 20 mL)

~ **Conservation des échantillons pour recherche de :**

- Chlamydia ± Gonocoque ± *Trichomonas vaginalis* : 4h à température ambiante ou 24h au réfrigérateur
- Mycoplasmes : 2h à température ambiante ou 24h au réfrigérateur
- Mycoplasmes et Chlamydia/Gonocoque/*T.vaginalis* : 2h à température ambiante ou 24h au réfrigérateur

Rq : Température ambiante = entre 10°C et 25°C ; Réfrigérateur = entre 2°C et 8°C

~ Identifier le flacon avec votre **nom** et votre **prénom**.

~ **Renseigner** impérativement **la fiche** ci-dessous et joindre l'ordonnance

Renseignements cliniques à remplir par le patient

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____ Sexe : F M

Adresse :

Tél : __/__/__/__/__ N° sécurité sociale : __/__/__/__/__/__

Caisse :

Mutuelle :

Prescripteur :

Résultats : Internet à prendre au laboratoire à poster

Si vous n'avez pas de code internet, veuillez contacter le laboratoire pour qu'il vous les transmette


Date du recueil : __/__/____ Heure du recueil : __ H __

Prise d'antibiotique : Non, Oui avant recueil, Oui après recueil, Contrôle après traitement

Nom de l'antibiotique :

Cadre réservé au laboratoire Anomalie

Réceptionné par : Le __/__/____ à __ H __

	FORMULAIRE	C2-F15
	Fiche de renseignements cliniques : recueil	
	d'urines pour recherche de Chlamydiae et	
	<u>Mycoplasmes</u>	
	Version 5	Date d'application : 2017-12-04
		Page 1 sur 1

① Ouvrir le flacon au dernier moment et ne pas toucher l'intérieur.

Le recueil doit être réalisé **sur les premières urines du matin** ou **après au moins 2 heures sans avoir uriné, idéalement en dehors de tout saignement.**

~ Recueillir **le 1^{er} jet d'urines** dans le flacon stérile fourni par le laboratoire et le refermer soigneusement (au minimum 20 mL)

~ **Conservation des échantillons pour recherche de :**

- Chlamydia ± Gonocoque ± *Trichomonas vaginalis* : 4h à température ambiante ou 24h au réfrigérateur
- Mycoplasmes : 2h à température ambiante ou 24h au réfrigérateur
- Mycoplasmes et Chlamydia/Gonocoque/*T.vaginalis* : 2h à température ambiante ou 24h au réfrigérateur

Rq : Température ambiante = entre 10°C et 25°C ; Réfrigérateur = entre 2°C et 8°C

~ Identifier le flacon avec votre **nom** et votre **prénom**.

~ **Renseigner** impérativement **la fiche** ci-dessous et joindre l'ordonnance

Renseignements cliniques à remplir par le patient

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : __/__/____ Sexe : F M

Adresse :

Tél : __/__/__/__/__ N° sécurité sociale : __/__/__/__/__/__

Caisse :

Mutuelle :

Prescripteur :

Résultats : Internet à prendre au laboratoire à poster

Si vous n'avez pas de code internet, veuillez contacter le laboratoire pour qu'il vous les transmette

Date du recueil : __/__/____ Heure du recueil : __ H __

Prise d'antibiotique : Non, Oui avant recueil, Oui après recueil, Contrôle après traitement

Nom de l'antibiotique :

Cadre réservé au laboratoire Anomalie

Réceptionné par : Le __/__/____ à __ H __